

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 44

DE
L'APPENDICOSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DES

Dysenteries aiguës et chroniques rebelles

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 20 Octobre 1919

PAR

LOUIS-GEORGES DIÉNOT

Né le 13 janvier 1891 à Pierre-de-Bresse (Saône-et-Loire)



LYON

ANCIENS ETABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

—
1919

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 44

DE
L'APPENDICOSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DES

Dysenteries aiguës et chroniques rebelles

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 20 Octobre 1919

PAR

LOUIS-GEORGES DIÉNOT

Né le 13 janvier 1891 à Pierre-de-Bresse (Saône-et-Loire)



LYON

ANCIENS ÉTABLISSEMENTS LEGENDRE

14, rue Bellecordière, 14

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... Doyen.
LEPINE..... Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	LEPINE (J.)
Chimie biologique.....	GLUZET.
Chimie organique et toxicologique.....	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.....	WEILL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREAU.
Anatomie.....	GUIART.
Anatomie générale et Histologie.....	TESTUT.
Physiologie.....	POLICARD.
Pathologie interne.....	DOYON.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	COLLET.
Anatomie pathologique.....	MOURIQUAND.
Médecine opératoire.....	PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée.....	POLLOSSON (M.)
Médecine légale.....	X.
Hygiène.....	ETIENNE MARTIN.
Thérapeutique.....	COURMONT (P).
Pharmacologie.....	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégés
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARJET.	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BRETIN	GARIN	DUROUX
COMMANDEUR.	LERICHE	SAVY	BONNAMOUR
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	FROMENT	chargé des fonctions
LAROYENNE	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT
VORON.	CADE	PIÉRY	chargé des fonctions
NOGIER.	ARLOING (F.)	COTTE	
LATARGET	GUILLEMARD		

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président de Thèse : M. le Prof^r Léon BÉRARD

Prof^{rs} agrégés : MM. LAROYENNE, CADE et COTTE

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA DOULOUREUSE MEMOIRE DE MON FRERE MAURICE

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

*J'ai su garder, intact, son pieux souvenir,
au plus profond de mon cœur.
Il m'a inspiré quelquefois, m'a guidé
souvent et m'a toujours consolé.*

A MA MERE ET A MON PERE

*Ma grande affection ne pourra jamais
acquitter l'immense dette de reconnaissance
que je leur dois. Leur vie,
faite de droiture, de bonté et de dévouement,
sera toujours présente à ma mémoire,
dans les moments pénibles de l'avenir.
Qu'ils croient, une fois encore,
à toute ma piété filiale.*

A MON FRERE FERNAND

MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE

*Il fut toujours et est resté le « Grand
Frère ». J'ai écouté ses conseils pleins
de sagesse et de bonté. Qu'il me laisse
l'en remercier de tout mon cœur.*

A MON FRERE MARCEL

INGÉNIEUR CIVIL DES MINES (LE CREUSOT)

A MA BELLE-SŒUR ET A MON NEVEU JACQUES

*Bien faible témoignage de ma grande
affection.*

A TOUS LES MIENS

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES

TOMBÉS POUR LA FRANCE

A MES CAMARADES DE PROMOTION

*A ceux surtout qui m'ont témoigné plus
particulièrement leur sympathie et qui
n'auront pas de peine à se reconnaître
dans cette dédicace anonyme.*

A MES CAMARADES DE COMBAT

DU 30^e RÉGIMENT D'INFANTERIE ET DE L'ARMÉE D'ORIENT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE LYON
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.*

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ CADE

MÉDECIN DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ COTTE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ LAROYENNE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS .

Il est pour nous un devoir infiniment doux de venir aujourd'hui remercier tous ceux qui nous ont aidé à arriver au but de nos études médicales.

Notre reconnaissance va, tout d'abord, à M. le médecin-major de 1^{re} classe Billet, agrégé du Val-de-Grâce, et à M. le médecin-major Fourcade, répétiteur à l'Ecole du Service de Santé militaire : nous n'oublierons jamais leurs premières leçons et les encouragements qu'ils nous ont donnés dans une période difficile de notre vie.

Nous assurons de notre profonde gratitude M. le Professeur agrégé Cotte, à qui nous sommes redevables de l'idée première de notre travail. Il nous a toujours accueilli avec une extrême bienveillance, tant dans son service de Salonique qu'à l'hôpital militaire Desgenettes ; nous l'en remercions bien vivement.

Nous tenons également à adresser nos remerciements à MM. les Professeurs agrégés Cade, médecin des hôpitaux, et Laroyenne, chirurgien des hôpitaux, qui ont eu l'amabilité de nous donner une observation inédite pour notre travail, et qui ont accepté d'être nos juges.

Nous remercions enfin notre ami le Docteur Bocca, interne des hôpitaux de Lyon, qui nous a fait profiter de son expérience, et ne nous a pas ménagé ses conseils éclairés.

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical des dysenteries a été peu étudié en France et en Europe occidentale, peut-être à cause du petit nombre des formes graves observées, mais aussi, et surtout, parce que la thérapeutique médicale instituée de bonne heure et intelligemment conduite, arrive en général à guérir cette maladie.

Pendant notre séjour à l'armée d'Orient, il nous a été permis d'observer de nombreux cas de dysenterie. Grâce aux précautions prophylactiques (hygiène générale et individuelle), et surtout aux mesures curatives prises par le Service de Santé (hôpitaux spécialisés, laboratoires), la mortalité due à cette maladie, qui, dans les débuts, était assez imposante, s'était considérablement abaissée dans la suite. Malgré cela, certains cas graves de dysenterie aiguë et chronique résistèrent aux traitements spécifiques (sérum à haute dose, émétine).

C'est alors que nous avons vu employer la méthode chirurgicale de traitement dans ces cas rebelles. Les résultats de cette méthode furent publiés très suc-

cinctement dans quelques articles parus dans le *Journal* et la *Revue de Chirurgie*, puis à la Société des hôpitaux de Paris (par MM. Cotte, Leveuf et Heuyer).

Ces chirurgiens, loin de tout centre scientifique, se bornèrent à montrer les résultats encourageants qu'ils obtinrent par la méthode chirurgicale (appendicostomie et cœcostomie).

Il nous a paru intéressant de reprendre cette question un peu plus en détail.

Après quelques mots d'historique, nous résumerons brièvement les notions essentielles d'étiologie, d'anatomo-pathologie, et de clinique, que nous avons sur les dysenteries aiguës et chroniques ; nous discuterons ensuite les différentes techniques proposées ; nous montrerons enfin, dans quelques observations, les résultats intéressants qu'a donnés cette méthode chirurgicale dans des cas que l'on pouvait considérer comme désespérés.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La méthode chirurgicale dans le traitement des colites chroniques est connue depuis longtemps déjà.

C'est Follet, de Lille, qui, en 1884, réalisa, pour la première fois, un anus cœcal chez un malade atteint de dysenterie chronique ; mais l'intervention pratiquée trop tardivement n'empêcha pas la mort de se produire.

En Italie, Navaro, en 1887, publie un cas de guérison d'une recto-colite rebelle par la cœcostomie.

Quelques essais sont alors tentés en Amérique et en Angleterre : Mayo-Robson s'adresse à la colostomie inguinale gauche suivie d'irrigations pour une recto-colite qu'il parvint à guérir.

Vers la même époque, quelques observations sont publiées par Keith, Hale White, Golding Bird.

En Allemagne, Linder, et en Italie Giordano Chiassi, utilisent la cœcostomie avec succès.

En France, il semble que rien n'ait été fait à ce sujet, depuis la première intervention de Follet.

En 1900, une observation nouvelle est publiée par Quénu, concernant un cas de colite grave traitée par

la cœcostomie. À partir de cette date, la méthode chirurgicale dans le traitement des colites semble faire quelques adeptes.

Labey, dans sa thèse de doctorat (1902) rassemble 26 cas de colostomie et de cœcostomie pour dysenterie. Malgré cela, médecins et chirurgiens n'emploient qu'avec crainte ces opérations qui ne leur semblent pas être exemptes de danger.

C'est en 1902 que nous vint d'Amérique la technique d'une intervention nouvelle qui est connue sous le nom d'appendicostomie (Willy Meyer). Keetley, le premier, en 1894, eut l'idée de pratiquer cette opération. Dans un article du *British Medical Journal*, ce chirurgien proposait d'aboucher l'appendice à la peau et d'employer ce diverticule comme drain naturel pour remplacer le drain artificiel de la fistule cœcale. Conçue en Angleterre, l'opération ne devait être pratiquée sur le vivant que huit ans après par Weir, de New-York (1902).

C'est le Professeur Segond qui, le premier en France, attira l'attention sur cette intervention capable, disait-il, de devenir un véritable adjuvant du traitement médical dans le traitement des colites. Au troisième congrès de la Société internationale de chirurgie, ce chirurgien fait un long rapport, montrant les avantages de l'appendicostomie. Ses conclusions sont admises par Arcy Power, Gibson, Körte, De Kervain, Giordano, Delagenière.

La question est reprise en 1905, au congrès de chirurgie par Lapeyre de Tours, qui affirme que

L'appendicostomie constitue un progrès très important sur la cœcostomie faite par les procédés habituels et qu'il avait foi en son avenir. Cette intervention, du reste, n'était pas seulement envisagée dans le seul traitement des dysenteries, mais aussi, et surtout, dans des cas de colites rebelles de toute nature, de néoplasmes, d'occlusion intestinale, d'adhérences, de constipation.

Malgré l'étude de Segond et de Lapeyre, cette opération ne fut pas très employée en France. Nous avons trouvé dans la littérature médicale anglo-américaine de nombreuses observations, mais notre bibliographie française reste bien pauvre.

Segond, au congrès de chirurgie de 1900, lit quelques observations de Poucel, d'Hartmann, de Verhoo-gen et de Delagenière.

Guinard inspire la thèse de Bouvier sur l'appendicostomie dans le traitement des colites rebelles, et Gayet, celle de Nain sur l'appendicostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale.

L'appendicostomie dans les dysenteries chroniques ne fut employée que par Jacob, du Val-de-Grâce, qui en publie une observation, et par Degorge et Mouzels, qui opérèrent 11 Annamites atteints de dysenterie amibienne (Bulletin de la Société médico-chirurgicale d'Indo-Chine, 1902).

Ces quelques rares observations concernent toutes des formes chroniques de dysenterie ; nous n'avons trouvé aucune observation de colite dysentérique aiguë traitée par la méthode chirurgicale, c'est, il nous semble, la partie originale de notre travail.

CHAPITRE II

Les Dysenteries

Il nous a semblé indispensable de rappeler très rapidement ici les notions cliniques, anatomo-pathologiques et bactériologiques que nous avons sur la maladie que nous nous proposons de traiter.

Il n'est, en effet, aucune autre maladie dans laquelle un diagnostic précis s'impose avec plus de rigueur, et d'une façon plus précoce, que dans la dysenterie.

Il existe deux sortes de dysenteries : la dysenterie bacillaire et la dysenterie amibienne.

La première forme est justiciable du sérum anti-dysentérique, la seconde trouve dans l'émétine un médicament dont la valeur contre l'infection amibienne est presque spécifique. Mais, d'une part, le sérum antibacillaire n'a aucune action contre l'amibe pathogène, et, d'autre part, l'émétine n'arrête en rien l'évolution d'une dysenterie bacillaire. Tout le traitement médical est donc basé sur un diagnostic rigoureusement exact et ne réussira que s'il est appliqué d'une façon précoce. Il faut donc que

le clinicien mette en œuvre tous les moyens dont il dispose pour arriver dès le début à reconnaître l'étiologie exacte d'une dysenterie ; car, nous le répétons, appliquer un traitement symptomatique à un dysentérique, sans traitement spécifique, ou instituer ce dernier, sans connaître la cause bactériologique exacte du syndrome dysentérique à traiter serait commettre une véritable hérésie.

La dysenterie n'est pas une maladie, mais un syndrome commandé par des micro-organismes divers parmi lesquels le bacille de Chantemesse et Vidal, et l'*Amœba histolitica* tiennent assurément la première place. D'autres états dysentériformes ont été décrits, qui semblent avoir pour cause certains agents pathogènes comme les infusoires et les spirilles : ces formes sont relativement rares et coexistent souvent du reste avec une dysenterie amibienne ou quelquefois bacillaire.

Le syndrome dysentérique est caractérisé en clinique par un aspect particulier des selles. Le début peut correspondre à une véritable constipation avec absence presque complète de matières fécales, ou bien être annoncé par une diarrhée pouvant durer quelques jours.

Les selles, pendant la phase aiguë, sont en général muco-sanglantes, composées souvent de mucus avec des stries sanguinolentes, quelquefois, au contraire, ressemblant à un véritable crachat de pneumonique. Elles offrent des caractères particuliers qui semblent correspondre aux lésions plus ou moins graves de l'intestin (frai de grenouille, grain de riz crevé,

lavure de chair, selles gangréneuses). Leur nombre est très variable, suivant l'étiologie de l'état dysentérique et surtout suivant la gravité de l'infection : on a pu compter jusqu'à 150 selles en 24 heures.

Le syndrome dysentérique s'accompagne de douleurs dont le point de départ est presque toujours cœcal. Elles peuvent exister sous forme de coliques et de tranchées, être intermittentes à l'occasion des selles, ou bien continues, variant énormément d'intensité. Elles n'ont aucun caractère pathognomonique et peuvent même manquer dans quelques cas.

ETUDE CLINIQUE DE LA DYSENTERIE BACILLAIRE

C'est la reproduction du syndrome dysentérique avec quelques variantes, selon les formes cliniques observées.

La dysenterie bacillaire est une maladie à début brusque et à évolution aiguë. La durée d'incubation est de deux à trois jours. La phase aiguë débute généralement par quelques vomissements et une légère diarrhée, la température monte à 38° ou 39°, le facies du malade est pâle et l'état général mauvais. On note une douleur occupant le cadre colique tout entier ; les selles deviennent rapidement nombreuses (10 à 20 par jour), accompagnées de tenesme, d'épreintes et de dysurie ; elles sont constituées presque exclusivement par du mucus strié de sang.

Les formes bénignes évoluent en une semaine environ, ou bien vers la guérison en même temps

que les selles redeviennent bilieuses et fecaloïdes, ou bien assez souvent vers une forme sévère : quelquefois même on voit s'installer un véritable état chronique qui se termine en général par une cachexie mortelle.

Dans les cas moyens, la maladie évolue plus lentement, le nombre des selles est très élevé, l'état général reste inquiétant, l'amaigrissement est très rapide. Les suites sont les mêmes que celles des formes bénignes.

La dysenterie bacillaire peut être grave d'emblée ou secondairement à une infection bénigne ou moyenne. Nous nous trouvons alors en présence d'un véritable état toxhémique. Les selles sont extrêmement fréquentes, toutes les 10 ou 15 minutes, elles sont muco-sanglantes, contenant souvent des débris de membranes témoignant de la nécrose de la muqueuse colique. L'état général est excessivement mauvais, le pouls est petit, incomptable : la température montre de grandes oscillations à type scepticémique, ou bien reste au-dessous de la normale en véritable hypothermie cholérique.

On peut voir apparaître des hémorragies graves et répétées. L'état général décline rapidement, la cachexie fait des progrès rapides ; on peut noter quelquefois comme témoignant de la gravité de l'infection l'apparition du muguet, ainsi que le hoquet. A cette phase ultime, les douleurs semblent s'atténuer, il y a incontinence des matières et la mort surprend le malade en pleine indifférence. La gangrène intestinale, la péritonite par propagation ou par perfora-

tion, les thromboses veineuses, les hémorragies, les troubles nerveux compliquent très souvent ces formes graves. Le passage à l'état chronique de la dysenterie bacillaire est relativement rare, les statistiques de Job et Dumas (armée d'Orient) nous montrent pourtant qu'il faut en tenir compte (46 % des formes à rechutes étaient dues au bacille). La durée de ces formes à rechutes est de deux à trois mois, l'état général du malade est mauvais, le ventre reste sensible, le nombre des selles se maintient élevé ; elles sont fécaloïdes, mélangées de mucus et de sang ; l'amaigrissement est considérable et, après des périodes d'améliorations et de rechutes, le malade évolue vers une cachexie mortelle, ou est emporté par une maladie intercurrente.

ANATOMO-PATHOLOGIE DE LA DYSENTERIE BACILLAIRE

A part de très rares exceptions, il est permis de dire que les dysenteries bacillaires sont des colites localisées au gros intestin.

Dans les formes aiguës simples, on trouve à l'autopsie une inflammation légère de la muqueuse, avec tuméfaction phlegmoneuse. Il y a une hyper-sécrétion des glandes tubulaires en même temps qu'une infiltration de plasma, de leucocytes et d'hématies qui produit un véritable épaissement du tissu adénoïde.

Dans les formes plus graves, on peut reconnaître avec Kelsch et Kiener deux formes anatomiques : la forme ulcéreuse et la forme gangréneuse. Dans la

première de ces formes, nous trouvons un processus de nécrose en foyer, intéressant plus ou moins profondément le tissu de la muqueuse. L'élimination des escarres donne lieu à des érosions et à des ulcérations. Toute la paroi intestinale est épaissie, œdémateuse, ayant un aspect de « velours sombre » ; sa surface est mamelonnée, marbrée de suffusions hémorragiques, parsemée de follicules clos saillants.

Ces ilots de nécrose peuvent atteindre la muscularis mucosa : ce sont des pertes de substance à contours irréguliers, à bords taillés à pic et à fond plat. Leur nombre et leur dimension varient énormément, ils occupent quelquefois le cadre colique presque tout entier.

Dans la forme gangréneuse, l'intestin est augmenté de volume, sa surface extérieure présente souvent des taches ecchymotiques correspondant au sphacèle total des tuniques, les parois sont, on le comprend, excessivement friables. Les escarres qui peuvent être très nombreuses, se présentent sous formes de plaques molles, humides et grisâtres. Il y a un gros retentissement sur les ganglions mésentériques. La mortalité dans ces formes graves serait, d'après Vailard et Mummery, de 50 à 80 %.

ETUDE CLINIQUE DE LA DYSENTERIE AMIBIENNE

Si la dysenterie bacillaire est une maladie aiguë, épidémique, la dysenterie amibienne, s'en distingue immédiatement, au point de vue clinique, par son début lent, presque insidieux, et par sa tendance spé-

ciala à la chronicité. La période d'invasion est d'environ quatre à cinq jours. Le début est marqué en général par une diarrhée banale et quelques troubles intestinaux, n'interrompant pas toujours les occupations du malade. Le nombre des selles s'élève de quatre à quinze par jour ; elles sont, au début, muco-sanglantes, ressemblant au crachat pneumonique, différant assez sensiblement du mucus strié de sang, de la dysenterie bacillaire ; elles deviennent plus tard fécaloïdes, bilieuses (aspect de bouse de vache). Les coliques sont rares au début ; on note pourtant assez souvent des douleurs localisées au niveau des points ulcérés (fosse iliaque gauche, cœcum). La température est peu élevée (38°), très souvent même la fièvre n'existe pas.

La dysenterie amibienne, dans sa phase aiguë, est rarement grave d'emblée. On note, habituellement, chez les malades une amélioration assez rapide, mais ce n'est là qu'une rémission : bientôt une rechute se produit, la maladie devient dès lors chronique. Plus on s'éloigne du début de la maladie, plus le syndrome dysentérique s'atténue et les rechutes éloignées se manifestent souvent sous forme de diarrhée simple. Le pronostic de cette maladie reste grave : le malade, considérablement amaigri, « véritable squelette vivant », évolue rapidement vers la cachexie. La guérison, lorsque l'évolution est favorable, est à longue échéance.

Les complications hépatiques graves sont excessivement fréquentes, variant de la congestion simple au gros abcès du foie. Les poumons et le péritoine

(broncho-pneumonie secondaire, abcès amibiens) sont assez souvent atteints. La gangrène intestinale et la septicémie, enfin, terminent quelquefois le tableau clinique de cette affection grave.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA DYSENTERIE AMIBIENNE

Dans la dysenterie amibienne, les lésions sont également presque toujours localisées au gros intestin. « Dans la plupart de nos autopsies, nous disent Bloch et Mattei, il existait une limite linéaire absolue au niveau du bord libre de la valvule de Baubin entre l'intestin grêle absolument sain et les lésions souvent formidables de la face colique de la valvule. »

Ces lésions consistent en une inflammation avec ulcération et nécrose de la muqueuse. La nécrose, nous dit Vaillard, peut s'étendre jusqu'à la musculéuse, mais au lieu de procéder graduellement de la surface à la profondeur, comme dans la dysenterie bacillaire, elle frappe presque toujours d'emblée toute la hauteur des glandes. Les parois du colon sont dures et épaissies, leur surface extérieure présente une teinte ardoisée ou noirâtre, quelquefois au contraire anémiée ou blanchâtre. Ces divers aspects peuvent du reste coexister.

Les ulcérations sont tantôt confluentes, tantôt clairsemées, variant de la dimension d'un petit pois à celle d'une pièce de 2 francs. Leur base repose sur la celluleuse ou sur la musculéuse, quelquefois même sur le péritoine, d'où la fréquence des perforations

et de la péritonite. C'est au niveau du cœcum que les lésions sont les plus intenses et les plus profondes. D'une façon générale, avec le cœcum, ce sont les angles coliques et l'anse sigmoïde qui sont les plus atteints. On dirait que la portion initiale du gros intestin se défend moins bien que le colon terminal.

Dans les formes chroniques, les lésions changent quelque peu d'aspect : les ulcérations peuvent être superficielles, parfois, au contraire, elles sont profondes, étendues, serpigneuses, progressives, atteignant tout le gros intestin du cœcum au rectum, aboutissant en ce cas à la péricolite, à l'abcès, à la perforation.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE DES DYSENTERIES

Tous les signes cliniques que nous venons de passer rapidement en revue ne sont pas suffisamment tranchés pour que le clinicien puisse trouver dans l'examen minutieux d'un malade le criterium nécessaire à un diagnostic précis.

Tout syndrome dysentérique, pour être diagnostiqué, demande un examen microscopique et bactériologique de la glaire sanguinolente fraîche.

C'est Chantemesse et Vidal, qui, en 1888, décrivent pour la première fois le bacille de la dysenterie épidémique, et Shiga, en 1898, qui fournit la preuve de sa spécificité.

On distingue à l'heure actuelle trois types de bacilles : le type Shiga, Flexner et Hiss. Ont-ils une action différente sur les tuniques intestinales ? On

discute encore ; le premier se rencontre surtout dans les formes graves, le second se trouve plus communément dans les dysenteries récidivantes. Malgré quelques divergences de vue entre les bactériologistes, il semble que le bacille de la dysenterie soit, à l'heure actuelle, bien connu ; malheureusement, sa recherche, en clinique, reste difficile. Il faut que les examens portent sur des glaires fraîches, et surtout soient faits avant la première semaine de l'infection, l'élimination du bacille, nous dit Job, étant terminé en moyenne au septième jour ; ces difficultés, les médecins de l'armée d'Orient les ont particulièrement ressenties : les malades, en effet, n'arrivaient guère dans les hôpitaux spécialisés avant sept à huit jours. Job et Dumas, à Florina, n'eurent de 50 % de résultats positifs.

D'autres méthodes, il est vrai, peuvent être employées pour diagnostiquer une dysenterie bacillaire.

Le séro-diagnostic, d'une part, et l'ensemencement. La première méthode est difficile à pratiquer, surtout dans un laboratoire de campagne ; elle n'est, du reste, pas toujours fidèle (57 % des cas) (Job). Quant à la seconde, elle est excessivement compliquée et demande une technique très délicate.

Pour ce qui est de l'amibe pathogène, la difficulté de sa recherche n'en est pas moindre. Bloch et Mattei s'expriment en ces termes, à ce sujet :

« Le laboratoire a dans le diagnostic de l'amibiase, la place prépondérante, ses réponses peuvent être négatives pendant longtemps dans l'évolution et même toujours. Pour qui connaît la difficulté quel-

quelquefois considérable de trouver l'amibe dans les selles où elle peut n'exister qu'à l'état de très rares éléments, une réponse négative ne doit jamais faire rejeter le diagnostic de dysenterie amibienne, s'il est cliniquement possible. »

On voit en face de quelles difficultés peut se trouver le clinicien obligé de faire le plus vite possible un diagnostic étiologique exact d'un état dysentérique. En Orient, cette question se compliquait encore du fait de la coexistence des deux formes de dysenterie. Le laboratoire, en effet, a montré que dans certains cas, on pouvait trouver associés le bacille et l'amibe pathogène. Ces formes mixtes d'un pronostic souvent grave, à aspect clinique variable, gênaient considérablement le clinicien, obligé d'instituer un traitement spécifique précoce. L'hésitation du début amenait souvent l'échec de la thérapeutique médicale.

Conclusions. — Un diagnostic étiologique exact s'impose dès le début de la dysenterie, pour pouvoir employer le plus vite possible la médication spécifique. Dans la majorité des cas, le sérum antidysentérique à haute dose et l'émétine arrivent à guérir les dysenteries.

Dans les cas rebelles, dans certaines formes mixtes, et dans celles à diagnostic bactériologique négatif, qui résistent au traitement médical, la méthode chirurgicale semble nettement indiquée. La médication spécifique pourra et devra même être continuée. Les deux méthodes doivent s'employer simultanément et non pas être opposées l'une à l'autre.

Les lésions graves, limitées, comme nous venons de le voir, presque exclusivement au gros intestin, justifient pleinement la méthode chirurgicale suivie de grands lavages, que nous allons maintenant étudier.

CHAPITRE III

Les traitements chirurgicaux employés à l'armée d'Orient dans des cas de dysenterie aiguë grave.

Le traitement chirurgical a pour but principal d'exercer une action directe sur les lésions intestinales, au moyen de grands lavages antiseptiques.

Les lésions dysentériques étant, en général, prédominantes au niveau du cœcum, c'est là que l'on devra créer une fistule par laquelle ces lavages pourront être pratiqués.

Les quelques cas de dysenterie aiguë traités par la méthode chirurgicale à l'armée d'Orient se rapportent à des malades chez lesquels le traitement médical avait échoué, c'est-à-dire à des dysentériques dont l'état général était excessivement grave, à des cas désespérés, osons-nous dire. Il ne pouvait s'agir d'imposer à ces malades des traumatismes opératoires prolongés. L'intervention la plus simple, la moins choquante et la plus rapide sera la meilleure, pourvu qu'elle permette l'irrigation du gros intestin ulcéré.

Nous laisserons donc de côté les opérations compli-

quées et longues, qui ont été proposées, dans des cas de colites chroniques (exclusions, résections) ; elles ne peuvent trouver d'indications dans le traitement des dysenteries aiguës.

Deux interventions ont été pratiquées à l'armée d'Orient : l'appendicostomie et la cœcostomie. La première, utilisant une fistule appendiculaire, la seconde, une fistule cœcale pour faire les lavages du gros intestin.

L'Appendicostomie.—En 1917, M. Cotte, alors chirurgien consultant de l'armée d'Orient, reçut à l'hôpital n° 12 de Salonique quelques dysentériques aigus graves, chez lesquels il pratiqua l'appendicostomie. Ces malades envoyés directement par l'hôpital des dysentériques sur un centre de chirurgie, n'avaient nullement été choisis, et, chez tous, le médecin traitant avait l'impression très nette d'avoir épuisé en vain les ressources de la thérapeutique médicale.

La technique employée est des plus simples :

Opération en un temps. — Une petite incision au point de Mac Burney de quelques centimètres amène l'opérateur sur l'appendice, qui est réséqué d'emblée très près de sa base d'implantation. Un petit moignon d'un centimètre environ est laissé, pour faciliter le passage de la sonde. Le cœcum est toujours préalablement fixé au péritoine pariétal par quatre points à la soie. La plaie abdominale est refermée, ne laissant que le passage de la sonde. Les lavages peuvent être commencés immédiatement.

Cette technique très simplifiée a le gros avantage de supprimer les accidents de sphacèle de l'appendice signalés par les auteurs américains (Grant et Curl), qui conservaient une grande partie de l'organe et le meso-appendice. De plus, les difficultés rencontrées par eux (B. Dawson), dues à l'imperforation ou au rétrécissement de l'appendice, n'existent plus, la base du moignon appendiculaire étant toujours suffisamment perméable pour laisser passer une sonde de diamètre utile; si, par hasard, l'opérateur avait quelques difficultés, une simple dilatation au moyen d'une bougie (Nain, Gayet) ou d'une pince écartée lèverait immédiatement l'obstacle.

OBSEVATIONS DE M. COTTE

C'est à Salonique, en octobre 1917, que M. Cotte pratiqua pour la première fois, chez un dysentérique grave une appendicostomie suivie de lavages antiseptiques :

Il s'agissait d'un homme de 25 ans qui fut envoyé, le 31 octobre 1917, dans son service de chirurgie, par le médecin-aide-major Bocca, avec la mention suivante : « Dysenterie aiguë ayant débuté le 14 octobre 1917. » Le malade, qui avait 50 selles par jour, n'a réagi que faiblement au sérum antidysentérique et à l'émétine à haute dose ; il a encore une vingtaine de selles par jour avec du sang.

Pas d'amibes dans les selles. Amaigrissement considérable, pertes de forces.

L'appendicostomie est faite immédiatement sous-anesthésie générale ; les suites en sont tout à fait

simples. Dès le lendemain, le lavage du gros intestin est commencé avec une solution de nitrate d'argent à 1/1000. Très rapidement, le nombre des selles diminue considérablement, bientôt les glaires disparaissent complètement. Les lavages sont néanmoins continués pendant une quinzaine de jours. A ce moment on retire la sonde. La fistule appendiculaire se ferme bientôt, et le 7 décembre 1917 le malade est évacué sur France complètement guéri. (*Journal de Chirurgie.*)

OBSERVATION II

Le second cas est calqué sur le précédent : il s'agissait d'une dysenterie ayant débuté le 7 novembre.

Le malade a 40 selles par jour, avec des glaires et du sang. Pas d'amibes. Malgré un traitement intensif, il gardait encore plus de 20 selles par jour lorsqu'il fut envoyé dans le service de chirurgie de M. Cotte.

L'appendicostomie fut pratiquée le 24 novembre 1917, suivie de lavages au nitrate d'argent.

L'amélioration fut rapide.

On enleva la sonde treize jours après, le malade étant complètement guéri. (*Journal de Chirurgie.*)

OBSERVATION III

Le troisième cas concerne un malade envoyé dans le service de M. Cotte par le médecin-major Fourcade, avec la mention suivante : « Dysenterie : grosse amélioration au bout de quinze jours de traitement, mais récurrence dès la reprise de l'alimentation. Actuellement, selles nombreuses avec glaires et sang (15 à 20, exceptionnellement 10 à 12 dans les 24 heures). » Le 15 novembre, on fait l'appendicostomie, et dès le lendemain le nombre des selles revient à l'unité. Ablation de la sonde au bout de quinze jours. Guérison. (*Journal de Chirurgie.*)

OBSERVATIONS IV et V

Les 4^e et 5^e cas sont particulièrement intéressants, car ils se rapportent aux formes suraiguës extrêmement graves, pour lesquelles l'appendicostomie a donné un échec et un succès.

Il s'agissait de deux hommes qui venaient de débarquer en Orient et qui s'étaient vraisemblablement contaminés en cours de route. Ils rentraient, nous dit M. Cotte, dans la catégorie nombreuse de ces dysenteries bacillaires aiguës fébriles, avec coliques violentes, nombre de selles considérable, qui ne cèdent pas au sérum (300 cm³ en cinq jours). Recherche des amibes négative, ainsi que celles des hématozoaires et des réactions agglutinantes typhoïdiques.

Le premier de ces malades, qui fut opéré au 14^e jour, avait encore du sang en abondance dans les selles, le cœcum était fortement injecté et épaissi. Par la sonde, introduite dans l'intestin, il s'écoula, le premier jour, un peu de sang. En outre, malgré l'appendicostomie, le nombre des selles, tout en étant diminué, resta plus élevé que dans les observations précédentes. Les jours suivants, à plusieurs reprises, le malade eut des hémorragies intestinales assez abondantes à tel point qu'il parut préférable de supprimer les lavages, d'installer un tube siphon dans le cœcum, et de maintenir en permanence de la glace sur l'abdomen. Malgré cela, les hémorragies persistèrent, le malade s'anémia rapidement et il succomba le 20 décembre, 27 jours après le début de la maladie.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une dysenterie gangréneuse avec des ulcérations s'étendant depuis le cœcum jusqu'à l'anus, et une muqueuse sphacelée sur une large étendue. (*Journal de Chirurgie.*)

Chez le second malade, le soldat M..., opéré le même jour, l'appendicostomie donna, par contre, le même succès que chez les autres opérés. Comme chez le malade précédent, il n'y eut pas une amélioration immédiate, et pendant dix jours l'opéré eut encore 4 à 6 selles par jour. Mais sous l'influence des lavages répétés chaque jour, le nombre des selles revint à la normale. La sonde fut enlevée au 17^e jour, et le malade est considéré comme guéri. (*Journal de Chirurgie.*)

Encouragé par ces résultats, M. Cotte eut l'occasion de pratiquer, au mois de juin 1918, deux nouvelles appendicostomies pour dysenterie aiguë :

OBSERVATION VI

Dans le premier cas, il s'agissait d'un soldat de 37 ans, en Orient depuis deux mois, et dont la dysenterie remontait à vingt jours environ. Ce malade fut envoyé à M. Cotte par le médecin-major Combes, médecin des hôpitaux de Marseille. Le laboratoire avait montré la présence du bacille de Shiga dans les selles. Tous les moyens médicaux mis en œuvre avaient échoué : le sérum lui-même, administré à haute dose, n'avait donné aucun résultat : le nombre des selles était de 20 à 30 par jour. L'amaigrissement était extrême. Le poids du malade, qui, avant sa maladie, était de 72 kilogs, était tombé à 30 kilogs.

La température oscillait entre 37° et 38°, le pouls était à 76.

Le 11 juin, l'état du malade s'était tellement aggravé que l'on pouvait hésiter à intervenir. Le malade était complètement adynamique, en proie à des besoins constants, qui s'accompagnaient le plus souvent de l'issue inconsciente de quelques matières glaireuses : la cachexie faisant des progrès incroyables.

Sous anesthésie, une appendicostomie est immédiatement pratiquée, et par la sonde laissée à demeure dans le cœcum, on commence immédiatement des lavages du gros intestin avec une solution de nitrate d'argent à 1/1000.

Dès le lendemain, les épreintes diminuaient et le nombre des selles tombait à 4 ou 5 par jour. Malgré l'apparition d'une double parotidite, l'évolution ne cessa d'être favorable.

Au 14^e jour, les selles reprenaient une consistance pâteuse, en même temps que la température oscillait autour de 36°. A partir de ce moment, la sonde fut enlevée et les lavages supprimés.

Le 20 juillet, le malade ne présentait plus aucun signe de dysenterie et avait repris 15 kilogs. Une petite fistule persistante se ferma, à la suite d'un simple avivement. Evacué en France fin juillet, il a donné de ses nouvelles, en septembre, qui étaient excellentes.

OBSERVATION VII

La seconde observation concerne un soldat de 38 ans, arrivé depuis peu en Orient. Malgré un traitement intensif au sérum antidysentérique (140 cc. en trois jours), le malade garde des selles nombreuses avec tendance hémorragique. Au 15^e jour, le nombre des selles est encore de 15 à 20 par jour. Tous les moyens médicaux mis en œuvre n'ont pas réussi à modifier cet état et c'est dans ces conditions que le malade passe dans le service de M. Cotte, à Salonique.

Le malade est considérablement amaigri, mais semble encore assez résistant. Pouls à 90.

Le 16 juin, l'appendicostomie est pratiquée sous-rachi-anesthésie ; les lavages sont commencés immédiatement avec une solution de nitrate d'argent à 1/1000.

Au début, on observe une certaine amélioration, le nombre des selles tombe à 10, puis à 5 ; malgré cela, l'affection évolue, le malade meurt au 22^e jour, six jours après l'intervention, sans que celle-ci ait pu réussir à en arrêter l'évolution. A l'autopsie, on trouve des ulcérations de tout le gros intestin, depuis le cœcum jusqu'au rectum. (*In Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1919.)

Ces sept observations se rapportent, nous le voyons, à des cas de dysenteries bacillaires particulièrement graves : les symptômes cliniques observés d'une part, l'échec du traitement médical d'autre part (sérum à haute dose) en sont des preuves indiscutables.

Nous reconnaissons que ces observations sont encore peu nombreuses pourtant, un fait se dégage nettement, c'est l'amélioration très rapide apportée par le traitement chirurgical.

Le seul fait, semble-t-il, de créer une communication entre l'intestin météorisé et l'air extérieur semble apporter une amélioration immédiate des symptômes

douloureux. On dirait que l'irritation dans laquelle se trouve la muqueuse colique ulcérée (qui se manifeste par le ténesme et les épreintes) soit liée intimement à l'excès de tension qui existe toujours à son niveau. La fistule appendiculaire agirait, pourrait-on dire, comme une véritable soupape de sûreté. Cette diminution de la tension colique est, du reste, favorable à la guérison des ulcérations de la muqueuse, sur lesquelles les grands lavages antiseptiques vont pouvoir exercer directement une action cicatrisante.

Nous sommes heureux de pouvoir ajouter aux observations de M. Cotte quelques observations de MM. Leveuf et Heuyère, concernant des cas de dysenteries aiguës graves, traitées à l'hôpital de Goritzia (Albanie) par la méthode chirurgicale.

Ces auteurs employèrent de préférence la cœcostomie, pour créer une fistule permettant les grands lavages.

Après avoir exposé la technique de la cœcostomie, d'après M. Leveuf, nous nous proposons d'indiquer les raisons pour lesquelles nous préférons l'appendicostomie ; nous terminerons notre chapitre en reproduisant les observations de dysenteries aiguës publiées par MM. Leveuf et Henyère dans la *Revue de Chirurgie* (1919).

LA COECOSTOMIE

La technique employée par ces auteurs fut la suivante :

Opération en deux temps. — Premier temps :

a) Incision sur le bord externe du grand droit, qui est ensuite récliné ; ouverture du feuillet postérieur de sa gaine et du péritoine, en respectant autant que possible le pédicule vasculo-nerveux de ce dernier ; b) recherche du cœcum, qui est saisi au niveau de sa bosse externe attiré entre les lèvres de l'incision et fixé avec soin à la paroi ; c) appendicectomie (l'appendice étant souvent lésé).

Deuxième temps. — Ouverture du cœcum, au bout de quatre jours au minimum, de façon à permettre aux adhérences de se produire. La fistulation se fera au thermo-cautère sur une longueur de 4 centimètres environ. Les lavages pourront être alors pratiqués.

PARALLÈLE ENTRE LES DEUX INTERVENTIONS.
APPENDICOSTOMIE ET COECOSTOMIE.

Malgré les résultats encourageants obtenus par MM. Leveuf et Henillère, par la cœcostomie, nous préférons de beaucoup l'appendicostomie.

a) La cœcostomie, tout d'abord, est une intervention longue et minutieuse par elle-même. Elle se complique toujours, d'après Leveuf, d'une appendicectomie.

Or, n'oublions pas que les malades chez lesquels le traitement chirurgical est indiqué sont des toxhémiques, à état général mauvais, supportant mal un traumatisme opératoire prolongé. La résection de l'appendice peut être envisagée, dans certains cas,

de sphacèle étendu de cet organe par lésions dysentériques, nous l'admettons volontiers, mais nous croyons que ces formes avec larges ulcérations gagnant l'appendice sont relativement rares. L'ablation de cet organe, par principe, nous paraît donc nettement exagéré.

b) La cœcostomie, d'autre part, constitue une opération en deux temps. Il existe un laps de quatre à cinq jours entre les deux temps de l'intervention durant lequel le malade ne peut tirer aucun bénéfice de la méthode chirurgicale. Ce temps perdu nous semble précieux, pour ces malades graves, dont l'état général demande une amélioration immédiate.

On prétend, de plus, que la cœcostomie réalise une mise au repos de l'intestin en dérivant d'une façon satisfaisante le cours des matières. Nous croyons qu'une simple bouche latérale placée sur le cœcum est insuffisante pour remplir ce rôle. La fistule cœcale laisse écouler en dehors du colon quelques matières semi-liquides, nous le reconnaissons, mais l'ampoule rectale continue à se remplir et à se vider. Hale White, Golding Bird, Poucel, de Marseille, reconnaissent l'insuffisance de la cœcostomie simple dans la dérivation des matières. Un véritable anus contre nature avec éperon pourrait, seul, atteindre le but recherché.

c) La cœcostomie demande enfin très souvent une opération complémentaire pour refermer la bouche. Il est des cas même où les difficultés rencontrées sont très sérieuses : Jacob, Thus, Boas, Hale White,

Golding Bird, Körté citent des exemples de malades gardant, plusieurs années après, une fistule cœcale.

Pour toutes ces raisons, nous préférons l'appendicostomie (véritable cœcostomie valvulaire). Nous la préconisons tout d'abord parce que sa technique est beaucoup plus simple que celle de la cœcostomie et que le traumatisme opératoire imposé au malade est de beaucoup diminué.

C'est, de plus, une intervention en un seul temps. Le malade opéré peut recevoir, le même jour ou le lendemain, des lavages antiseptiques qui permettront d'agir immédiatement sur les lésions coliques, ce qui, d'après nous, doit être le but principal de l'intervention.

Quant au repos de l'intestin, nous croyons que le seul fait de la mise en communication de l'intestin avec l'air extérieur par une fistule appendiculaire, suffit à faire disparaître l'irritation que provoque l'excès de tension colique que l'on note dans ces états dysentériques graves. La dérivation absolue des matières — il faut le reconnaître — ne peut être obtenue, par ces simples fistulisations ; ce n'est, du reste, pas le but de cette méthode chirurgicale de traitement.

Enfin, et c'est encore une supériorité que présente l'appendicostomie sur la cœcostomie, cette intervention ne demande aucune opération complémentaire pour refermer la bouche. La fistule s'obture presque toujours spontanément ; en tout cas, un simple attouchement au crayon de nitrate d'argent suffit à la faire disparaître.

Quelquefois, il est vrai, il y a impossibilité absolue à pratiquer l'appendicostomie. Il est des appendices anormalement insérés et des cœcums en position basse ou adhérents au plancher de la fosse iliaque qui gênent l'opérateur. Dans ces cas très rares, la cœcostomie reste indiquée.

CHOIX D'UN MOYEN D'ANESTHÉSIE

Toutes les fois qu'il sera possible de le faire, aussi bien pour la cœcostomie que pour l'appendicostomie, nous recommandons l'anesthésie régionale à la cocaïne. Elle sera, du reste, grandement facilitée par l'état de maigreur dans lequel se trouvent la plupart des malades.

La rachi-anesthésie est également très recommandable lorsque l'anesthésie régionale est difficile, et chez certains sujets pusillanimes.

L'anesthésie à l'éther ou au chloroforme ne devra être employée qu'avec une extrême prudence ; des accidents graves, souvent mortels (cas de Leveuf) sont, en effet, à craindre chez ces dysentériques à foie déficient et à poumons souvent malades.

OBSERVATIONS DE MM. LEVEUF ET HEUYERE

OBSERVATION XVIII

Dikouche, 21 ans. Entré le 5 octobre 1917.

Serait malade depuis cinq jours. Fièvre, diarrhée avec sang. Selles glaireuses et sanguinolentes (5 à 15 en 24 heures).

Amibes : o. Infusaires : o. Spirilles : o.

Séro-diagnostic positif au flexner à 1/100. Colon douloureux à la pression, surtout au niveau de l'S iliaque et du cœcum.

Diéniol 4

Très mauvais état général. Langue sèche, gros amaigrissement. Le malade évolue rapidement vers une dysenterie cachectisante. Cœcostomie le 18 octobre, avec appendicectomie (rachicocaïne). Abouchement du cœcum à la paroi. Ouverture du cœcum le 21 octobre. Lavages quotidiens au nitrate d'argent à 0,25 puis à 0,50 pour 1000.

Suites opératoires. — Chute du nombre des selles à 2, puis à 1 en 24 heures. Amélioration rapide de l'état général.

Le 5 novembre : selles moulées. Le 14 janvier, selles normales. Fermeture de la fistule le 11 décembre. Suture du cœcum et réduction intra-péritonéale. Fermeture de la paroi en trois plans.

Evacué le 10 février, après complète guérison.

OBSERVATION XIX

Dans la seconde observation, il s'agit d'un soldat russe de 34 ans, malade depuis quatre jours, présentant à l'entrée des selles fétides, glaireuses et très sanglantes ; leur nombre était considérable. Fièvre continue.

Amibes : 0. Infusoires : 0. Spirilles : 0.

Le séro-diagnostic au Hiss était positif à 1/100. Le colon était douloureux à la pression, surtout au niveau de l'S iliaque.

La température, qui était à 39°9, tombe à 37° dix jours après. Pouls petit et rapide (110 à 115). Très mauvais état général avec adynamie marquée. L'état va en s'aggravant : les selles sont toujours très fétides et très sanglantes. Apparition du hoquet le 13 décembre, qui dure 24 heures.

Cœcostomie le 21 décembre. Anesthésie régionale. Cœcum normal en apparence, mais voile séreux sur l'ampoule cœcale : l'appendice n'est pas visible.

Ouverture du cœcum le 28 décembre : lavages quotidiens à la liqueur de Labarraque à 0,50/1000.

Suites opératoires. — Chute rapide du nombre des selles. L'état général est d'abord très grave, puisque le 30 décembre apparaît du muguet. Le 6 janvier le muguet disparaît. Il existe un peu de congestion des bases.

Le 10 janvier : grosse amélioration de l'état général ; selles normales.

Le 16 février : fermeture de la fistule. Opération extra-péritonéale. Suture du cœcum en deux plans. Réunion par première intention.

Evacué le 9 mars complètement guéri.

CHAPITRE IV

Les lavages antiseptiques

La méthode de traitement par les lavages rectaux est connue depuis longtemps déjà. Le Dantec la vulgarisa il y a plus de vingt ans en Nouvelle-Calédonie, et un de ses élèves, le Docteur Gallay, publia des résultats intéressants au congrès de Calcutta, en 1894. Le reproche que l'on peut faire à cette méthode c'est de ne pas permettre aux lavages d'atteindre le gros intestin en entier. Il est évident que, dans certains cas de dysenterie chronique, où les lésions sont prédominantes au niveau du rectum et le l'S iliaque, les lavages rectaux peuvent donner de bons résultats. Mais, nous avons vu que dans la majorité des cas les lésions se localisaient surtout dans la portion initiale du colon.

L'avantage des grands lavages appendiculaires ou cœcaux est d'irriguer le cadre colique en entier. C'est le chirurgien américain Murray, qui, le premier, pratiqua des grands lavages coliques, par une bouche placée sur le colon ascendant, chez un de ses

malades atteint de diarrhée chronique. Cette méthode des lavages est, à l'heure actuelle, très employée par les Anglo-Américains dans des cas de colites muco-membraneuses, de diarrhée chronique et de dysenterie. On l'a accusé d'augmenter l'irritabilité de l'intestin et de ne faire qu'un lavage de surface.

Les observations que nous avons pu recueillir semblent prouver qu'ils ont une action vraie et qu'ils calment, au contraire, nettement l'irritabilité de l'intestin. On ne peut faire que des suppositions sur le mode d'action de ces grands lavages :

Ou bien ils agissent directement sur l'agent microbien, (amibe ou bacille) ; les examens bactériologiques deviennent, en effet, très rapidement négatifs. Ou bien, ils changent simplement la flore intestinale en agissant sur les microbes banaux, qui, associés aux bacilles ou amibes, empêchent l'action curative des médications spécifiques d'agir utilement.

Dans cette hypothèse, cette méthode des grands lavages serait l'adjuvant vrai du traitement médical. En tout cas, ils ont une action détersive, cicatrisante et un rôle mécanique de premier ordre, vis-à-vis de la muqueuse colique ulcérée, qui constitue un véritable laboratoire de toxines.

De nombreuses substances médicamenteuses ont été proposées ; nous ne citerons que les principales : solutions de tannin, de quinine, de chloral, de protargol, de permanganate, de bleu de méthylène, de bismuth, d'eau iodée, etc.

MM. Cotte et Leveuf n'employèrent que des solutions de nitrate d'argent variant de 0,25 à 1/1000 et de liqueur de Labarraque à 0,50/1000.

Ces lavages sont, en général, très bien supportés ; les quelques petites douleurs du début ne doivent pas faire interrompre le traitement.

Nous ne voyons pas de contre-indication absolue à ce mode de traitement ; il convient, pourtant, d'être excessivement prudent dans les formes franchement hémorragiques.

Technique. — Le malade étant dans le décubitus dorsal ou oblique droit, les lavages seront poussés lentement et sans pression, une ou deux fois par jour, par la sonde appendiculaire du cœcale laissée à demeure. Quelques auteurs recommandent de faire au préalable un lavage évacuateur au sérum physiologique ou à l'eau bouillie. Cette précaution ne semble pas nécessaire. Dans quelques cas graves, on pourra employer l'irrigation continue. Un tube en caoutchouc pourra faciliter la sortie du liquide par l'anus. Un léger pansement aseptique maintiendra la sonde en place dans l'intervalle des lavages.

Moment de l'intervention. — Les quelques malades dont nous venons de donner les observations n'ont pas été choisis. Tous ces cas de dysenterie aiguë grave étaient considérés comme désespérés par les médecins qui les dirigeaient sur un service de chirurgie.

Mais une question, dès lors, se pose immédiate-

ment. A quel moment la méthode chirurgicale est-elle indiquée chez un dysentérique ?

Il nous est difficile de répondre d'une façon absolue à cette question parce que tout d'abord le syndrome dysentérique revêt au début des formes très nombreuses, dont le pronostic reste incertain pendant assez longtemps et ensuite parce qu'aucun des nombreux signes de gravité que l'on a donnés n'est pathognomonique.

En général, dans les cas de moyenne gravité, nous croyons qu'il faille se baser sur l'évolution de la maladie. Un dysentérique soumis au repos, au régime, à la médication spécifique, guérit ou s'améliore rapidement. Si, malgré le traitement médical, l'état général décline, en même temps que l'aspect des selles dénote des altérations de plus en plus graves de l'intestin, il faut intervenir sans tarder, le traitement chirurgical donnera chez ces malades des guérisons inespérées.

Mais il est des cas où l'on se trouve en présence de symptômes hypertoxiques et suraigus : il faut alors aller vite, et l'intervention chirurgicale précoce semble la seule chance de salut pour le malade ; il faut la pratiquer le plus tôt possible. (Observ. 4 et 5 de M. Cotte).

Nous insistons sur ce fait qu'il faut, dans la majorité des cas, attendre le résultat du traitement médical. Les médications spécifiques, dans les formes susceptibles de guérison, agissent vite et le chirurgien devra se baser sur l'évolution clinique de la maladie. M. Leveuf semble partisan d'une interven-

tion très précoce ; dans certains cas de dysenterie aiguë présentant des symptômes de gravité, il n'hésite pas à pratiquer une cœcostomie dès le cinquième jour ; pour nous, le traitement chirurgical appliqué aussi près du début de la maladie semble être la négation du traitement médical, et nous ne pouvons l'admettre.

Nous croyons que seules quelques formes hyper-toxiques et suraiguës (qui sont rares) peuvent bénéficier d'une intervention aussi précoce, car elle semble la seule chance de salut pour le malade.

S'il nous fallait donner une date, nous dirions que, si au bout de dix à douze jours, le traitement médical n'a donné aucune amélioration, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une appendicostomie.

En résumé, nous concluons, avec Segond, que « s'il est vrai que l'appendicostomie soit à ce point bénigne, que l'acte opératoire devienne en quelque sorte négligeable, il est alors évident que les indications de l'intervention chirurgicale peuvent être envisagés sous un nouveau jour. J'en suis, pour ma part, convaincu, ajoute ce même chirurgien, et bien loin de penser qu'il ne faille prendre le bistouri qu'en dernier ressort, j'estime, au contraire, que notre objectif principal doit être de nous en servir à temps. L'appendicostomie deviendra non-plus l'expédient, mais l'adjuvant du traitement médical.

Au moment de remettre notre travail à l'impression, nous avons eu la bonne fortune de voir prati-

quer à l'Hôtel-Dieu une appendicostomie pour dysenterie aiguë rebelle.

Le malade appartenait au service de M. le Professeur agrégé Cade. L'appendicostomie fut pratiquée par M. le Docteur Laroyenne, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Nous ne pouvons donner ici que l'histoire résumée de la malade, qui est encore en traitement à l'Hôtel-Dieu. L'observation *in extenso* sera publiée ultérieurement par M. Cade.

Nous tenons à remercier MM. les Docteurs Cade, Laroyenne et Bocca, interne du service, qui ont bien voulu nous donner ces quelques renseignements.

OBSERVATION RESUMEE

Il s'agissait d'une malade de 23 ans.

L. M..., jardinière à Montchat. Typhoïde à 12 ans. Pas d'autres antécédents.

Le début de la maladie remonte au 29 août 1919.

- Syndrome de dysenterie aigu. Glaires, sang, 50 à 100 selles par jour. Coliques violentes, douleurs à l'anus, vomissements. Fièvre.

Entre le 1^{er} septembre dans le service de M. Cade. Mauvais état général : dyspnée, facies d'intoxiquée. Anurie, vomissements. Température 38°7. Pouls, 140. Ventre douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Selles glairo-sanguinolentes.

Ni amibes, ni kystes. Globules blancs et bacilles mobiles.

Coproculture : Colibacilles, pas de bacilles dysentériques. Devant ce syndrome bacillaire on fait 60 cc. de sérum anti-dysentérique polyvalent pendant trois jours. Puis 40 cc. pendant un jour, enfin 20 cc. pendant deux jours. La température et le pouls tombent à 38° et à 100. Les selles sont au noin-

bre de 7 à 8 par jour, mais la malade garde des épreintes et des faux besoins.

Le séro-diagnostic était négatif au Flexner et au Shiga (1/30). Après cette amélioration, la malade garde une température de 38° et 39°. Les selles sont toujours liquides (6 à 8 par jour) ; de nombreuses épreintes obligent la malade à garder toujours le bassin. Etat général mauvais. Les douleurs abdominales sont violentes. La température devient irrégulière.

Le 22, appendicostomie faite par M. Laroyenne. A l'ouverture du péritomie, s'échappe un peu d'ascite. Cœcum congestionné. L'anesthésie régionale est insuffisante ; on finit l'opération par quelques bouffées d'éther.

Dans la soirée, une selle. Les jours suivants, le nombre des selles varie entre 3 et 6, mais les douleurs ont brusquement cessé. Le ventre n'est plus tendu, ni douloureux. La sonde fonctionne très bien. La malade, très euphorique, passe d'excellentes nuits. Plus de ténesme, ni de faux besoins.

Les lavages commencés le soir même à la liqueur de Labarraque à 10/1000 sont très bien supportés.

Le 25 août, on commence des lavages au nitrate d'argent à 1/1000, qui sont également très bien tolérés.

A l'heure actuelle, la malade, qui est au 8^e jour de son appendicostomie, garde un pouls entre 90 et 100, son état général est très satisfaisant. Les douleurs ont complètement disparu : on commence à l'alimenter légèrement.

CHAPITRE V

Le Traitement chirurgical dans les dysenteries chroniques

Si les formes de dysenteries aiguës graves sont surtout de nature bacillaire, nous pouvons dire que la majorité des cas de dysenteries chroniques sont de nature amibienne.

Il s'agit presque toujours de malades chez lesquels le traitement spécifique a donné de grosses améliorations, qui même ont pu être considérés comme guéris et qui reviennent quelque temps après à l'hôpital avec un syndrome dysentérique franc, ou simplement avec une diarrhée banale. Ces pseudo-guérisons ne sont que des rémissions et les rechutes deviennent de plus en plus fréquentes. Le pronostic de ces dysenteries récidivantes et chroniques est grave, à cause, tout d'abord, de la cachexie progressive qui les accompagne presque fatalement et aussi à cause des complications graves qu'elles provoquent.

Dans ces cas, le traitement médical amène sou-

vent des améliorations, mais ne guérit presque jamais.

Le traitement chirurgical, suivi de lavages, donne dans ces formes chroniques de dysenterie, des résultats souvent inespérés. Cette méthode de traitement, comme nous l'avons dit dans notre historique, est connue depuis longtemps déjà ; elle a surtout été employée en Amérique et en Angleterre. En France, les cas de dysenteries chroniques sont relativement peu fréquents, aussi, les observations publiées sont-elles rares : elles concernent surtout des soldats rapatriés des colonies (observ. de Jacob), ou bien des indigènes (observ. de Degorge et Mouzels, d'Hanoï).

La campagne d'Orient a permis à MM. Cotte et Leveuf de publier de nouvelles observations très intéressantes qui tendent à prouver que, dans ces cas de dysenteries à rechutes, le traitement chirurgical pouvait donner d'excellents résultats. Nous croyons que ces derniers sont d'autant meilleurs que l'intervention est pratiquée plus près du début de la maladie. La chirurgie, en effet, est impuissante à faire disparaître certains troubles d'origine cicatricielle qui sont définitifs et qui demandent, dans les formes très anciennes, des interventions beaucoup plus sérieuses, qui, elles, ne sont plus curatives, mais simplement palliatives (exclusion, résection).

Dans ces formes chroniques, nous donnons encore la préférence à l'appendicostomie, qui, dans la majorité des cas, est largement suffisante, car là encore le but principal de la méthode est de pratiquer de

grands lavages capables d'agir directement sur les ulcérations coliques.

Nous reconnaissons pourtant que la cœcostomie trouve une indication très nette, dans certaines formes graves et très anciennes, avec lésions étendues, envahissant le cœcum tout entier et l'appendice, mais nous croyons que l'appendicostomie reste, dans la majorité des cas, l'intervention de choix, parce que plus simple et moins traumatisante.

Nous reproduisons deux observations inédites de dysenterie chronique traitée par l'appendicostomie, suivie de lavages, dans le service de M. Cotte, à l'hôpital 12 de Salonique.

APPENDICOSTOMIE POUR DYSENTERIE CHRONIQUE

(Cotte. Armée d'Orient)

Le premier cas concerne un caporal du 227^e régiment d'infanterie, nommé P..., qui entre le 3 novembre 1918 à l'hôpital 12 de Salonique, avec le diagnostic « d'abcès du foie ».

En Orient depuis 20 mois. Avait eu, il y a un an, une poussée de dysenterie soignée à Florina.

En septembre 1918 présente de nouveau des symptômes dysentériques et est évacué sur Salonique.

A l'entrée à l'hôpital des dysentériques, le malade a un mauvais état général. 5 à 6 selles par jour avec quelques glaires. L'examen bactériologique montre la présence d'amibes.

Langue sèche et saburrale, le foie déborde les fausses côtes. Légère polynucléose dans le sang (77 %). Malgré le traitement à l'émétine et au sulfate de soude, on ne note aucune amélioration. L'examen du sang faisant supposer un abcès du foie, le malade est envoyé dans un service de chirurgie.

A l'entrée, malade squelettique, moribond. On ne note aucun signe d'hépatite : la radiographie du foie ne montre

aucune modification des contours de l'organe, le diaphragme est normal dans ses mouvements.

Devant la persistance des symptômes dysentériques, et malgré la gravité de l'état général, on pratique, le 6 novembre, une appendicostomie sous-anesthésie locale. Puis on pratique des lavages au nitrate d'argent à 1/1000 (2 par jour).

A la suite de l'intervention, l'état général s'améliore un peu, le malade souffre moins.

Le 14 novembre, on note la disparition des glaires. Le 16 novembre il n'y a plus entre les lavages aucune évacuation de matières.

Le malade s'alimente avec assez de difficultés. Pas de température, mais la cachexie progresse lentement. Le malade meurt en hypothermie le 3 décembre, un mois après l'intervention.

A l'autopsie, on constate l'existence d'ulcérations disséminées sur tout le gros intestin dont les parois sont extraordinairement amincies. On dirait qu'elles ont participé à l'amaigrissement squelettique du malade. Pas d'abcès du foie.

L'intervention, il n'y a aucun doute, a été pratiquée trop tard, et malgré la grande amélioration locale (diminution des selles), le malade n'a pu faire les frais d'une réparation complète. L'appendicostomie pratiquée chez ce moribond prouve que c'est une opération simple et non choquante. Ce malade a survécu un mois.

APPENDICOSTOMIE POUR DYSENTERIE CHRONIQUE

(Cotte. Armée Orient)

La seconde observation a donné à M. Cotte un succès inespéré.

... Georges, soldat de 2^e classe au 35^e bataillon d'aérostiers, classe 1913. Entré à l'hôpital 12, à Salonique, le 3 novembre.

En Orient depuis dix mois. Entré à l'hôpital des dysentériques le 21 octobre pour une troisième rechute de dysenterie : c'est un ancien paludéen.

La poussée actuelle débute le 12 octobre. 10 à 15 selles par jour avec glaires et sang : coliques, vomissements. Pas de

température. Le malade arrivait d'Uskub, n'avait pas reçu d'injection. Avait absorbé quelques pilules de Segond.

A l'entrée : l'examen bactériologique montre la présence d'amibes pathogènes. Le malade reçoit pendant sept jours 0 gr. 08 d'émétine. Le nombre des selles diminue un peu, mais l'état général reste grave. Le 28 octobre, le malade se plaint d'un point douloureux au niveau de l'épaule gauche. La langue est saburrale, le ventre tendu, le pouls petit. Pas de hoquet, pas de vomissement. Polynucléose sanguine (83 %). Envoyé dans un service de chirurgie avec diagnostic d'abcès du foie probable.

L'examen clinique et radiographique fait écarter ce dernier diagnostic. Il semble que tous les signes observés soient sous la dépendance d'une dysenterie chronique et persistante.

Le 6 novembre, sous-anesthésie locale ; on pratique l'appendicostomie suivie immédiatement de deux lavages par jour au nitrate d'argent à 1/1000.

Très rapidement, les fonctions intestinales s'améliorent.

Au 10^e jour, il n'y a plus de selles dans l'intervalle des lavages. Au 15^e jour, les selles sont moulées. A ce moment, on ne fait plus qu'un lavage par jour, puis un seul tous les deux jours. Le 2 décembre, on enlève la sonde. La fistule se referme spontanément. Le malade est évacué sur France complètement guéri.

Cette forme amibienne récidivante ne réagissant que faiblement à l'émétine (0,08 prodie) a bénéficié largement, nous le voyons, du traitement chirurgical par l'appendicostomie. Mais nous insistons sur ce fait qu'il ne faut pas attendre trop tard pour intervenir, la véritable indication doit se poser avant la période de déchéance.

L'APPENDICOSTOMIE DANS LES DYSENTERIES CHRONIQUES

OBSERVATION DE WEIR (1902)

Homme de 31 ans, atteint de colite dysentérique depuis trois ans. Devant l'insuccès des traitements médicaux, Weir fit d'abord une laparotomie. Puis, ayant constaté l'absence de

néoplasme, il referma l'incision médiane pour pratiquer, en second lieu, une cœcostomie valvulaire. Mais, dit-il, le cœcum, une fois découvert par une incision latérale, l'appendice rosé se présenta si inopinément à ma vue que je décidais de l'employer pour réaliser la fistule désirée. Il fut donc fixé à la plaie et le reste de la plaie fermée. Au bout de deux mois de lavage, l'amélioration était manifeste et la guérison fut assez complète pour autoriser l'occlusion de la fistule. Celle-ci fut rapidement obtenue à l'aide d'une pointe de thermo.

OBSERVATION DE VERHOOGEN

Homme de 36 ans, souffrant depuis deux ans de colite dysentérique.

Le 8 août 1910 : état inquiétant, amaigrissement notable, facies terreux, impossibilité de prendre autre chose que du lait. Elévation fréquente de la température. Ventre douloureux sur le trajet du colon, notamment aux angles et au point de Mac Burney. Muqueuse rectale ulcérée. Fistule à l'anus.

Appendicostomie le 27 août. Lavages commencés le 30 août avec de l'eau bouillie, puis avec du collargol à 1/1000, avec de l'eau iodée (mal supportée) avec du tannin à 1/4000, puis à 1/2000, enfin à 1/1000, avec du biborate de soude à 4/1000, avec du nitrate d'argent à 1/5000.

Le 24 novembre, les selles sont réduites à une par jour et sont moulées.

L'état général est redevenu bon, le malade engraisse et reprend une alimentation normale. Ce résultat était inespéré.

STATISTIQUE DE DEGORGE ET MOUZELS (Hanoï)

Ces auteurs rapportent onze cas d'appendicostomie pour dysenterie chronique grave. Les malades, tous annamites, entraient à l'hôpital in extrémis : ils n'eurent que trois guérisons, mais ces chirurgiens affirment que la véritable indication de l'appendicostomie doit se porter avant la période de déchéance.

STATISTIQUE DE TUTTLE

(*Académie de Médecine de New-York. Avril 1905*)

22 malades, dont 16 dysentériques amibiens; traités par l'appendicostomie. Tous les malades sont guéris ou en bonne voie de guérison. Un seul a succombé quelques jours après l'intervention à une granulie.

STATISTIQUE DE HOLTON C. CURL

(*In Annals of Surgery, 1906*)

11 cas de dysenterie chronique grave avec 8 survies et 3 morts. Deux des malades décédés présentaient des ulcérations intensives avec néphrite, et le 3^e était moribond quand on pratiqua l'intervention.

OBSERVATION DE RAWLINGS

D'après Bernard Dawson

Homme de 42 ans, présentant des symptômes identiques à ceux du malade précédent, avec diarrhée plus marquée (20 selles par jour). L'amaigrissement et la faiblesse sont plus considérables.

L'appendicostomie est pratiquée et le colon est irrigué chaque jour avec des solutions astringentes. Au bout de deux mois, le patient ne présente plus aucun symptôme douloureux. Les lavages sont faits par le malade ; chaque lavage est suivi d'une ou deux évacuations. Il se déclare enchanté du résultat et se remet avec une très grande rapidité.

OBSERVATION DE JACOB

(Du Val-de-Grâce). Résumée.

Soll..., du 2^e étrangers, 31 ans, entre au Val-de-Grâce le 9 mars 1911 pour accidents péritoneaux survenus brusque-

Diénot 5

ment au cours d'une convalescence de dysenterie contractée au Tonkin, en septembre 1909. Cette maladie a été grave, dès son début (40 à 50 selles par jour, sanguinolentes et très fétides). Depuis son retour, la dysenterie persiste avec des alternances d'améliorations et de rechutes et a nécessité trois entrées à l'hôpital en six mois.

Le 8 mars, à 9 heures du soir, ce soldat, en convalescence depuis un mois, est pris d'une violente douleur à la partie supérieure de l'abdomen avec vomissements répétés. Les selles augmentent de fréquence (une toutes les demi-heure) et reprennent leur caractère dysentérique (sang, glaire, pus) qu'elles avaient perdues depuis quelques jours.

A l'entrée : facies grippé, très amaigri, ventre sensible, dur dans sa portion sus-ombilicale, douloureux à la pression ; la portion sous-ombilicale, plus souple, permet de reconnaître l'S iliaque induré, très douloureux. Le cœcum et le colon ascendant sont perceptibles et douloureux ; quant au transverse, il ne peut être exploré. Au toucher rectal : muqueuse épaissie, un peu saignante et douloureuse.

Deux vomissements porracés. Pouls 86. Température normale. L'examen bactériologique montre la présence d'amibes dans les selles.

L'application de glace, la diète, le régime, des lavements rectaux au permanganate amènent une légère amélioration qui persiste deux jours, mais les douleurs reparaissent et les selles augmentent de fréquence (6 selles le 16, 13 selles le 17). Appendicostomie le 20, pratiquée en deux temps ; les lavages sont commencés deux jours après l'ouverture de l'appendice. Un lavage par jour pendant 15 jours, puis tous les deux jours au nitrate d'argent à 1/4000 ; la solution est mal supportée, on continue avec de l'eau bouillie pure (3 litres injectés lentement sous faible pression).

Dès le premier lavage, l'amélioration se manifeste d'une façon nette. Les douleurs sont atténuées, les selles deviennent moins nombreuses et perdent de leur caractère dysentérique. Deux mois après : forces et appétit revenus. Augmentation de poids de 8 kilogs. Les signes de dysenterie ont disparu : plus de sang, ni de graisse dans les selles, qui sont redevenues moulées. L'alimentation normale est reprise. L'S iliaque et le

cœcum sont souples et indolores : il ne persiste qu'un petit point douloureux au niveau de la portion gauche du colon transverse, avec quelques coliques irrégulières. La radioscopie montre, en ce point, une coudure du transverse avec rétrécissement ; il s'agit, sans doute, d'un rétrécissement cicatriciel d'une ulcération étendue et profonde, soit d'une adhérence de péritonite péricolique. Quant à la fistule appendiculaire, elle est restée perméable et continente, et par elle le malade continue à laver son gros intestin tous les deux jours.

Cette observation nous montre la grosse amélioration apportée à une dysenterie ancienne (deux ans) par la méthode chirurgicale. Chez le malade de Jacob, une intervention plus précoce aurait probablement évité le rétrécissement du colon transverse de se produire.

A la technique de l'appendicostomie employée par ce chirurgien, nous préférons celle adoptée par M. Cotte en un seul temps, qui a l'avantage d'être plus simple et surtout plus rapide, et qui n'expose pas aux dangers apportés par le sphacèle de l'appendice.

OBSERVATION DE SWINDFORD EDWARS

(D'après Bernard Dawson)

Porteur de poisson, 26 ans. A eu deux attaques de dysenterie aiguë, alors qu'il était soldat en Afrique (1900) et dans l'Inde (1906).

Il a 6 à 8 selles par jour, sanguinolentes, glaireuses et douloureuses. Pas d'amaigrissement, l'état général reste bon.

L'examen au sigmoïdoscope montre un œdème considérable sous-muqueux, avec inflammation chronique de la muqueuse et des ulcérations superficielles, surtout marquées dans les

régions exposées aux frottements, et notamment sur les bords des plis du rectum.

L'appendicostomie est pratiquée le 23 juillet 1907, par Swinford Edwards. Les lavages sont commencés quatre jours après, avec six pintes de solution boricuée faible. Un tube en caoutchouc est introduit dans le rectum pour favoriser la sortie du liquide. L'écoulement est suffisamment lent pour ne pas produire de distension exagérée du colon ; on fait en même temps des massages sur toute la longueur du gros intestin. Au bout de six minutes, la solution commence à être évacuée par le rectum. Au bout de quatre jours, la solution boricuée est remplacée par une solution de biborate de soude, puis par du protargol (4 gr. par pinte).

Le malade reste un mois à l'hôpital et apprend bientôt à pratiquer lui-même ses lavages. Au bout de quelques jours, le tube rectal est supprimé, le malade évacuant spontanément la solution, sitôt que le colon est modérément distendu.

Le malade est renvoyé chez lui avec un simple pansement maintenu par une ceinture abdominale. Pendant deux mois, il fait un lavage par jour au protargol. Il est examiné au sigmoïdoscope le 29 juillet 1907. La muqueuse est encore légèrement enflammée, un peu d'anémie des tissus sous-muqueux, mais plus trace d'ulcération. Le malade travaille. Pendant toute la durée du traitement, le régime alimentaire fut le régime ordinaire et la seule médication employée fut 0 gr. 12 de calomel trois fois par semaine, pendant son séjour à l'hôpital.

OBSERVATIONS DE LEVEUF ET HEUYERE

DEUX OBSERVATIONS DE COECOSTOMIE POUR DYSENTERIE CHRONIQUE
DYSENTERIE RÉCIDIVANTE. — COESCOTOMIE. — GUÉRISON.

(Armée d'Orient)

Mikeef, 37 ans. Entré le 4 octobre.

Serait malade depuis un mois : fièvre, diarrhée avec sang. Serait déjà entré à l'hôpital le 10 août avec les mêmes symptômes.

A l'entrée : dysenterie aiguë, selles glaireuses et très sanguinolentes (14 à 20 par jour).

Amibes : 0. Infusoires : 0. Quelques lamblia. Oeufs de lombric rares. Spirilles : 0. Séro-diagnostic positif^e au flexner à 1/100.

Gros intestin douloureux à la pression, surtout au niveau du cœcum. Grose défense de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite. Température à grandes oscillations : 37°, 38°5, 39°.

Cœcostomie le 18 octobre. Anesthésie régionale. Cœcum et appendice normaux. Ablation de l'appendice. Abouchement du cœcum à la paroi. Ouverture du cœcum le 21 octobre. Lavages le 22 octobre. Lavages quotidiens avec une solution de nitrate d'argent à 0,25/1000, puis à 0,50, enfin à 1/1000. Le nombre des selles s'abaisse rapidement et oscille longtemps entre 1 et 4 dans les 24 heures. Elles sont le plus souvent séreuses, avec parfois quelques glaires. Amélioration rapide de l'état général.

Le 8 janvier, la plaie cœcale s'est refermée spontanément, il ne persiste qu'une fistulette par laquelle on peut passer la sonde.

Le 11 janvier, petite poussée subaiguë, très légère. Pas de température. Trois selles purulentes. Amibes : 0 ; oeufs de lombric spirilles et bacilles peu nombreux. Cocci très nombreux.

Le 18 janvier, selles redevenues normales.

Le 9 février, fermeture de la fistule. Opération extrapéritonéale. Suture du cœcum en deux plans. Fermeture de la paroi en un seul plan. Réunion « per primam ». Evacué le 9 mars, complètement guéri et en parfait état de santé.

DYSENTERIE CACHECTISANTE. — CŒCOSTOMIE. — GUÉRISON

Mikailof, 25 ans. Entré le 22 août.

Se dit malade depuis un mois : fièvre, diarrhée avec sang.

A l'entrée : selles glaireuses et sanguinolentes, 10 à 15 par jour. Amibes : 0. Infusoires : 0. Spirilles : 0. Séro-diagnostic positif au Hiss à 1/100. Température à grandes oscillations : 37°, 39°4. Pouls petit.

Gros foie débordant les fausses côtes à trois travers de doigt. Très mauvais état général. Amaigrissement. Les oscillations thermiques se maintiennent pendant quinze jours. Selles dans le même état. Amibes : o. Spirochètes très abondants. Spirilles : o. Bacilles courts et mobiles.

Asthénie considérable : respiration obscure à la base droite. Accélération du pouls qui monte à 100.

Cœcostomie le 16 octobre. Rachi-anesthésie. Cæcum et appendice normaux. Ablation de l'appendice, abouchement du cæcum à la paroi. Ouverture le 19 octobre. Lavages quotidiens au nitrate d'argent à 0,25, 0,50 et 1/1000. La cachexie s'accroît pendant quelque temps. Température normale, mais pouls rapide entre 90 et 110.

Le 31 octobre, gonflement des articulations tibio-tarsiennes.

Le 4 novembre : escarres scapulaires. Gonflement et taches ecchymotiques au niveau du coup de pied.

Les selles redeviennent normales le 13 novembre, quoique décolorées (insuffisance hépatique). Le 9 novembre, apparition du muguet au niveau de la gorge et de la bouche.

A partir de ce moment, amélioration rapide de l'état général. Le malade engraisse à vue d'œil, avec une telle rapidité qu'il a des vergetures au niveau de la peau du ventre et des cuisses. Véritable résurrection. Selles toujours décolorées, mais normales et moulées.

27 décembre : fermeture de la fistule, libération extrapéritonéale : 3 surjets de lin sur l'intestin.

Evacué guéri le 9 mars. Guérison inespérée.

OBSERVATION DE WEIR

Homme de 30 ans, souffrait d'une dysenterie continuelle, rejetant quatre à cinq fois par jour du muco-pus, parfois mêlé de sang. Le malade avait contracté cette maladie aux Indes, environ deux ans auparavant, mais celle-ci n'était pas d'origine amibienne.

Diverses médications longtemps suivies par la bouche et le rectum n'avaient amené aucun résultat satisfaisant.

La cœcostomie fut pratiquée par Weir, suivie de lavages

avec une solution alcaline chaude, puis avec des solutions de bleu de méthylène à 5 %, alternant avec des solutions de nitrate d'argent à 1/5000 ou avec du bismuth en suspension dans de l'eau amidonnée.

Ce traitement amena une guérison complète au bout de peu de temps.

DEUX OBSERVATIONS DE STEINER

Chez deux malades, atteints de dysenterie chronique, Steiner pratiqua deux cœcostomies, suivies de lavages quotidiens avec six ou dix litres d'eau bouillie, d'eau iodée ou de protargol. Il obtint deux guérisons.

OBSERVATION DE MURRAY

(In Annals of Surgery, 1901)

Homme de 29 ans, souffrant depuis deux ans de dysenterie, malgré un traitement médical régulièrement suivi. Son rectum présentait une telle quantité d'ulcères que toute médication rectale était devenue impossible, en raison des douleurs qui en résultaient.

La colostomie permit d'obtenir le repos et la désinfection du colon. Les lavages les plus efficaces furent ceux que l'on pratiqua avec une solution de nitrate d'argent à 1/500. Au bout de quatre mois, le malade, considérablement amélioré, quittait l'hôpital. Murray le revit six mois après ; il avait engraisé, pouvait travailler et n'avait plus que deux ou trois selles par jour.

OBSERVATION DE HALE WHITE ET GOLDING BIRD

LA COËCOSTOMIE DANS LES DYSENTERIES CHRONIQUES

Edouard K..., 35 ans, après un séjour dans les régions tropicales et en Egypte, souffre de diarrhée chronique depuis cinq ans. Absolument cachectique.

Cœcostomie le 31 décembre : 1^{er} temps.

Ouverture du cœcum : 5 janvier. 2^e temps.

Les matières sont très fluides et la cœcostomie ne les empêche pas de passer dans le colon ascendant. On est obligé, le 17 janvier, d'agrandir la plaie cœcale. Malgré cela, le malade a encore des selles par l'anus.

L'état du malade s'améliore vite, mais à deux reprises on a tenté de fermer la plaie sans y parvenir. On a réussi seulement à diminuer l'ouverture cœcale.

Cette observation tend à montrer que la cœcostomie simple est insuffisante pour dériver le cours des matières et que le chirurgien éprouve quelquefois de grandes difficultés à refermer la fistule qu'il a créée.

OBSERVATION DE M. JACOB

(du Val-de-Grâce). Résumée. — *Société de Chirurgie*. Juin 1911.

COECOSTOMIE

Déf..., soldat de la légion étrangère, 40 ans. Pas d'antécédents tuberculeux, ni syphilitiques, contracte une dysenterie à Madagascar, en 1905. Rechutes nombreuses, malgré les nombreux traitements médicaux employés. Dans les premiers mois de 1908, la situation s'aggrave. Entre à l'hôpital de Saïda.

A l'entrée, 1^{er} juillet 1908, aspect squelettique. Poids : 40 kilogs ; le malade est miné par des suppurations et souffre horriblement. Selles très fétides avec pus et sang, très nombreuses : 130 à 150 par jour. Le malade n'ose plus s'alimenter à cause de la souffrance. Température 38°5 le matin, 39° le soir. Gros foie, grosse rate, 0 gr. 50 d'albumine par litre. Le gros intestin forme un boudin dur, très douloureux à la pression ; la masse du grêle entourée par lui est indolore. Deux fistules sur la marge de l'anus. Canal ano-rectal douloureux, induré, ulcéré.

Le malade, désespéré, veut se suicider.

Cœcostomie le 2 juillet 1908 en deux temps : anesthésie à la cocaïne. Le cœcum et le colon ont des parois épaissies et

indurées, appliquées contre le plan profond de l'abdomen et doivent être mobilisés par décollement.

Le 4 juillet, le cœcum est incisé sur une longueur de 4 centimètres, et l'on aperçoit sur la muqueuse, en regard de l'orifice créé, une ulcération dysentérique large comme une pièce de 1 franc.

Dès l'ouverture du cœcum, les douleurs diminuent et disparaissent avec une rapidité extraordinaire. L'alimentation peut être reprise : c'est une véritable résurrection.

Le 7 juillet, lavages deux fois par jour, puis tous les jours, mais le malade ressent à cette occasion une douleur assez violente. On emploie successivement des solutions de nitrate d'argent, de permanganate, de bismuth et de bleu de méthylène.

Six mois après : état général excellent, le malade a engraisé de 27 kilogs, mais l'écoulement de pus et de sang n'a pas tout à fait disparu.

Pendant l'hiver 1909, bronchite avec efforts de toux, amenant un prolapsus du cœcum à travers l'anus artificiel.

En septembre 1910, on propose au malade de refermer sa fistule cœcale. Le chirurgien voulant se rendre compte, de visu, de l'état du gros intestin, pratique une laparotomie latérale droite. L'intestin, ulcéré, enflammé chroniquement, s'est sclérosé et, autour de lui, son atmosphère celluleuse a subi cette hypertrophie fibrolipomateuse qu'on trouve souvent autour des vieilles inflammations rénales et vésicales. Tout espoir de refermer l'anus artificiel doit être abandonné. Actuellement, trois ans après l'intervention, l'état du malade est le suivant : Etat général parfait, le malade a récupéré toute sa force, sa vigueur et sa santé ; ses digestions sont normales. Plus de douleurs, mais la pression sur l'S iliaque et le colon est toujours sensible. Plus d'amibes.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement médical des dysenteries dépend avant tout de la détermination de leur origine. Il n'est pas douteux que le sérum antidysentérique ou l'émétine n'arrivent le plus souvent à guérir cette terrible maladie.

II. — Le traitement chirurgical ne doit donc être envisagé que dans les formes rebelles, graves, ayant résisté à un traitement médical bien réglé.

III. — Dans les formes aiguës, l'intervention, pour être efficace, ne doit pas être tardive. Si au bout de 12 à 15 jours il n'y a pas d'amélioration par les moyens habituels, nous pensons qu'il ne faut pas attendre pour intervenir.

IV. — L'intervention de choix est l'appendicostomie, qui sera faite à l'anesthésie locale ou régionale. Le but de l'intervention est de faire un lavage complet, voire même une irrigation continue du

gros intestin malade, avec moins de difficultés et de dangers qu'avec les lavements. Les lavages antiseptiques se feront une ou deux fois par jour, avec une solution de nitrate d'argent à 1/1000. Ils sont, en général, très bien tolérés. L'amélioration est souvent très rapide, et ils peuvent être suspendus au bout de huit à dix jours, en moyenne. La fermeture de la fistule se fait presque toujours spontanément.

V. — Dans les formes chroniques, cette thérapeutique est susceptible également de donner d'excellents résultats.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Le Doyen, L. BERARD.

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 septembre 1919.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

Pour le Recteur et par délégation.

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

C. DEPERET.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE ETRANGERE

- ANDERS AND RODMAN. — The treatment of amebic dysentery especially by appendicostomy. (*Journal of the american medical association*. 1910).
- BATES. — Amebic dysentery and appendicostomy. (*J. Tenn. Medical Journal*. 1909).
- BENNET W.-H. — A clinical lecture upon appendicostomy and its possibilities. (*The Lancet*, 1906.)
- BUNCH. — Surgical treatment of amebic dysentery by appendicostomy. (*J. Missouri Medical Association*, 1909.)
- CAWADINÉ. — Appendicostomy. (*British Med. Journal*, 1910).
- CLOPTON. — Appendicostomy and cœcostomy. (*Interstate Medical Journal*, 1910).
- CURL H.-C. — The Surgical treatment of dysentery. (*Annals of Surgery*, 1906).
- DAWSON B. — Appendicostomy : the operation, its indications and its results : with notes on the surgical aspects of colitis. (*British Med. Journal*, 1909.)
- GRAY. — The operation of appendicostomy. (*The Lancet*, 1906.)
- HALE WHITE AND GOLDING BIRD. — Cœcostomie. (*Transac. of Clinic London*, 1906.)
- KFETLEY. — Appendicostomy. (*British Med. Journal*, 1905.)
- LYNCH. — Appendicostomy. (*American Journal of Surgery*, 1909.)

MAUNSEL. — Remarks upon the operation of appendicostomy. (Lancet, 1906.)

MUMMERY L. — Communication au LXXVIII^e congrès de l'Association Médicale britannique, 1909.

MORLEY WILLIS. — The Lancet, 1906.

MURRAY F.-W. — Traitement chirurgical de la dysenterie. (*Annals of Surgery*, 1901.)

RAWLING. — Appendicostomy for dysenteric ulcerations of the large intestine. (*Transvaal Méd. Soc.*, 1907.)

REED. — Direct bacterial treatment of the colon through the vermiform appendix. (*Journal Méd. Association*, 1909.)

RODMAN. — Appendicostomy for chronic dysentery. (*Académie de Chirurgie de Philadelphie*, 1908.)

STENIER. — Die chirurgische Behandlung der chronischen dysenterie. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1908.)

TUTTLE. — Appendicostomy. (*Journal Am. Méd. Association*, 1906.)

WALLIS. — *British Medical Journal*, 1909.

WEIR. — *Medical Record*. Août 1902.

YEORNANS. — Appendicostomy for amebic dysentery. (*Académie de Médecine de New-York*. Janvier 1910.)

BIBLIOGRAPHIE FRANÇAISE

- ARNAUD. — L'appendicostomie. *Journal de Chirurgie*. Mars 1913.
- BOUVIER. — De l'appendicostomie dans le traitement des colites rebelles et ses indications. *Thèse de Paris*, 1909.
- BROUARDEL et GILBERT. — Les Dysenteries.
- BLOCH et MATTEI. — L'Amibiase sur le front français. *Annales de Médecine*. Septembre 1918.
- COTTE. — 1° De l'appendicostomie dans le traitement des dysenteries aiguës graves. (*Journal de Chirurgie*, 1917.)
2° De l'appendicostomie suivie de lavages au nitrate d'argent dans le traitement des dysenteries aiguës rebelles. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris*. Février 1919.)
3° Deux observations inédites de dysenteries chroniques traitées par l'appendicostomie.
- DEGORGE et MOUZELS. — Onze cas d'appendicostomie pour dysenterie chronique. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine*, 1912.)
- JOB et DUMAS. — Rapport sur la dysenterie à l'armée d'Orient. (Archives de médecine et de pharmacie militaire. Février 1919.)
- JACOB O. — De l'appendicostomie et de la cœcostomie dans le traitement chirurgical des colites rebelles. (Communication à la Société de Chirurgie de Paris. 7 juin 1911.)
- HARTMANN. — Appendicostomie et cœcostomie. Congrès français de chirurgie, 1909.
- LABEY. — De la cœcostomie dans le traitement des colites rebelles. (*Thèse de Paris*, 1902.)
- LAPEYRE (de Tours). — XXII^e congrès de chirurgie. Paris, 1905-1909.
- LE DANTEC. — Précis de pathologie tropicale.
- LEVEUF et HEUYÈRE. — La cœcostomie dans les dysenteries aiguës et chroniques. *Revue de Chirurgie*. Avril 1918.

- MULLER. — Traitement chirurgical des dysenteries: *Thèse de Paris*, 1919.
- NAIN. — L'appendicostomie dans l'occlusion intestinale. *Thèse de Lyon*, 1911.
- POUCEL. — *Marseille Médical*, 1910.
- SEGOND. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1904. — Traitement chirurgical des colites chroniques. III^e congrès de la Société internationale de chirurgie, Bruxelles 1911.
- Journal de Chirurgie*. — 1908, 1909, 1910 : Analyses de plusieurs articles publiés dans les revues médicales anglo-américaines.
- Presse Médicale*. — 1909 : Réaction colique et appendicostomie.
1904 : Article de Dopter sur les dysenteries.
- Semaine Médicale*. — 1904 : Appendicostomie pour dysenterie.
1906 : Valeur relative de la cécostomie dans le traitement des dysenteries par irrigation du colon.
- Progrès Médical*. — Traitement chirurgical de la dysenterie.

